THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Félix MALEYSSON

INTERNE DES HOPITAUX

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DES PERFORATIONS DU COLON

PAR ULCÈRE SIMPLE

PRÉSIDENT : M. le Professeur LECÈNE

LE PUY

IMPRIMERIE *LA HAUTE-LOIRE*

23, BOULEVARD CARNOT, 23

1926

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LECÈNE

Professeur de pathologie chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIFOLIAU

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. le Docteur Apert (Andral, 1911-1912).

M. le Professeur agrégé Mocquot (Tenon, 1913).

M. le Professeur agrégé Rieffel (Saint-Louis, 1914).

M. le Professeur Brühl (Bichat, 1919).

M. le Docteur Apert (Enfants Malades, 1920).

M. le Docteur Roubinovitch (Bicêtre, 1921).

M. le Professeur agrégé A. Schwartz (Necker, 1924).

M. le Docteur Chifoliau (Maison Dubois, 1922-1924). (Saint-Louis, 1925).

A MM. les Docteurs

Milhit, Moreau, Michaux, Villandre, Maurer.

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DES PERFORATIONS DU COLON PAR ULCÈRE

Les perforations du colon par ulcère sont relativement rares. Notre maître le Dr Chifoliau a bien voulu nous communiquer les observations inédites de deux malades qu'il a récemment opérés et guéris. Ce sont ces observations que nous publions en en rapprochant les observations publiées jusqu'ici pour tâcher d'en dégager les caractères essentiels de l'affection.

L'existence de l'ulcère simple de l'intestin est établi depuis Cuveilhier qui écrit qu'il existe dans l'intestin un ulcère simple analogue à celui de l'estomac. Après lui Quénu et Duval, au cours d'un travail paru dans la Revue de chirurgie définissent l'ulcère simple.

« Un groupe de lésions ulcéreuses ne relevant d'aucun microbe spécifique, ni de l'action locale, d'aucun agent chimique relevant uniquement des hôtes habituels de l'intestin, c'est l'ulcération simple qui s'oppose aux ulcérations spécifiques de la tuberculose, de la syphilis, des colites de la typhoïde il faut éliminer les ulcérations secondaires à une lésion initiale (rétrécissement, tumeur), et il reste

l'ulcère simple spécial par sa chronicité, son aspect microscopique, son allure terebrante et sa marche destructive progressive.»

Cette définition qui date de 1902 met déjà en évidence la constance de l'évolution vers la perforation. Le propre de l'ulcère colique est en effet de creuser progressivement de la muqueuse à la séreuse et enfin de la perforer. C'est cette perforation qui est le sujet de cette étude, nous envisagerons les perforations survenant au cours d'une santé normale en apparence et n'étant pas sous la dépendance d'une affection générale. C'est une définition large qui évite la discussion de délimitation avec les diverticulites perforantes, délimitation qui serait très difficile car il existe vraisemblablement tous les intermédiaires.

Ainsi définie la perforation de l'ulcère colique n'est pas aussi rare qu'on l'avait considéré pendant longtemps. Soupault à la suite de la présentation d'un malade à la société de chirurgie et des débats qui suivirent au cours desquels plusieurs cas furent publiés faisant une revue générale de la question put après élimination serrée trouver 27 cas authentiques indiscutables de perforation d'ulcère simple colique; 18 cas tirés de la statistique épurée de Quénu et Duval. 2 observations de Zickle et Lyle. 8 observations de Sieur, Shoenakker. Bazy, Lardennois, Grégoire, Philip, Soupault. Il faut y ajouter des observations plus récentes de Moure, de G. d'Allaines, de Silas Lindqvist, les 2 observations du Dr Chifoliau que nous rapportons. D'autres cas sont signalés dans la littérature étrangère que nous n'avons pu nous procurer (Finochietto et Gallo, Guttierez à Buenos-Ayres, Bowen en Angleterre), et qui sont signalés à la fin de notre bibliographie.

ÉTIOLOGIE

La perforation du colon par ulcère se rencontre beaucoup plus fréquemment chez l'homme que chez la femme; nous la trouvons 25 fois chez l'homme contre 7 fois chez la femme.

Son maximum de fréquence paraît être aux environs de 50 ans, nous trouvons avant 45 ans, 9 cas; de 45 à 60 ans 13 cas; après 60 ans 7 cas. La constipation est très fréquemment signalée, nous la trouvons notée dans la moitié des cas. Il s'agit le plus souvent d'une constipation de longue date qui remonte quelquefois à l'enfance. Quelquefois elle ne précède que de quelques semaines à quelques jours la perforation colique. Elle est parfois très marquée et survient quelquefois sous formes de crises entrecoupées de débacles diarrhéiques; assez souvent c'est à la suite d'une purgation qu'apparaissent les signes de la perforation. Le malade de Tédenat (observation XII) présente des signes de perforation à la suite d'une purgation, de même le malade de Mickle observation 15. Dans d'autres cas la purgation amène une aggravation des symptômes, (observation 24 de Lardennois, observation 28 de Soupault.) Il semble que l'effet de la purgation soit tout à fait comparable aux effets de la purgation dans l'appendicité aiguë.

Dans d'autres cas on peut incriminer les efforts, efforts pour aller à la selle notamment, ou quelquefois un lavement intempestif. Dans l'observation 34 l'ingestion de bismuth amène nettement une aggravation, mais elle ne peut être considérée comme la cause de la perforation, car la généralisation de la péritonite suppurée qui existait peu après l'ingestion de bismuth laisse supposer que la perforation existait déjà.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'envisagerons dans l'anatomie pathologique que les points qui peuvent avoir un intérêt au point de vue thérapeutique, (siège, nombre, aspect.) Le siège de l'ulcère varie. Il n'est pas de segment colique qui lui échappe. L'ulcère siège le plus souvent sur le cæcum (14 cas), puis par ordre de fréquence décroissante sur le colon sigmoïde (8 cas), sur le colon ascendant (5 cas), sur le transverse (2 cas).

L'ulcère est le plus souvent unique quelquefois il est multiple (7 fois) dans ces cas les ulcères sont à proximité les uns des autres.

L'aspect est extrêmement variable, perforation de dimension variant de 2 millimètres à 5 cent. de large, ovalaire ou régulièrement arrondie ou linéaire. Sans induration bien nette des bords, pas de lésions typiques comme dans la typhoïde ou la dysenterie.

Il semble cependant qu'on puisse considérer deux types de lésions, soit une perforation arrondie, plus ou moins larges; à bords souples, taillés à l'emporte pièce ou à bords indurés, comme dans la 1re de nos observations (au point que cette induration en impose pour une tumeur), c'est là le type le plus fréquemment observé.

Dans d'autres cas bien différents, on observe une plaque de sphacèle, sigmoïdite gangreneuse, la perforation semble s'établir plus lentement. C'est le cas de notre 1re observation (Obs. 35) et peut-être s'agit-il dans ce cas de diverticulite.

La perforation se produit le plus souvent au centre de l'ulcère. La rétraction de la musculaire provoque

parfois une sorte de prolapsus de la muqueuse qui fait ressembler la perforation à un anus contre nature.

La perforation peut se faire sur la face lombaire des colons et donnera des collections prirénales lombaires ou iliaques.

SYMPTOMATOLOGIE

Le plus souvent la perforation survient d'emblée sans que l'attention du médecin ait été sollicitée nettement par des troubles de quelque importance, c'est le drame péritonéal qui vient révéler l'affection, c'est le tableau habituel des péritonites par perforation, dont la cause reste ignorée jusqu'à l'intervention. Le malade se plaint d'une douleur atroce, violente, localisée d'abord puis irradiée à tout l'abdomen.

Ce début brusque est particulièrement net dans bon nombre d'observations; au cours d'une promenade, au cours de son travail, à l'occasion d'une selle apparaît cette douleur en coup de poignard. Cette douleur s'accompagne presque immédiatement de contracture de la paroi abdominale, contracture souvent très marquée, véritable ventre de bois absolument immobile. A ce moment on ne trouve pas d'autres signes de péritonite, pouls normal, ni hoquet, ni vomissements, ni modifications du faciès. Cependant le pouls est quelquefois modifié dès le début et on note un peu de dyspnée.

Bientôt par diffusion des phénomènes péritoneaux, on note du météorisme, des vomissements qui vont en s'accentuant, deviennent porracés, on note de la tachychardie, le faciès devient grippé, l'état général est profondément atteint et la mort est l'aboutissant de cette

péritonite généralisée par perforation en péritoine libre d'un ulcère du gros intestin, si l'intervention ne vient pas enrayer les accidents.

L'évolution de ces péritonites est généralement rapide, la mort survient souvent en 36 ou 48 heures. La septicité du contenu colique explique la rapidité de cette évolution.

Mais d'autres fois on retrouve nettement des signes de localisation colique qui précèdent la perforation et dont l'acuité va en augmentant jusqu'à la perforation. L'interrogatoire révèle l'existence de constipation de longue date qui est allée en s'accusant dans les jours qui ont précédé la perforation.

Assez souvent aussi le malade s'est plaint de douleurs fixes, siégeant constamment au même point accompagnant cette constipation, c'est la crise colique bien décrite par P. Duval « avec un cortège de douleurs locales fixes, la constipation s'affirme, dure plusieurs jours, l'abdomen se météorise légèrement, parfois un ou deux vomissements alimentaires avec légère ascension thermique avec rapidité anormale du pouls due à l'intoxication intestinale; la crise se termine soudain par une émission abondante de gaz et de matières souvent diarrhéiques. La crise est de gravité variable, progressive. Cette crise colique est parfois atténuée, parfois fugace « au point qu'il faut l'extirper de la mémoire des malades » va en se répétant d'intervalles de plus rapprochés, et quelquefois est assez marquée pour que la perforation succède insensiblement à cette aggravation progressive des symptômes, les crises deviennent de plus en plus aiguës, se rapprochent, et peu à peu s'installe le tableau de la péritonite généralisée.

Ce sont souvent ces formes à antécédents intesti-

naux qui aboutissent aux phlegmons puricoliques rétropéritonéaux, aux péritonites enkystées, volumineux abcès fétides renfermant matières et gaz, — et qui se présentent le plus souvent comme des abcès appendiculaires; les crises douloureuses antérieures étant considérées comme des crises bénignes d'appendicite viennent encore faire errer le diagnostic.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la perforation du colon n'est pas fait cela se conçoit, étant donné la rareté relative de l'ulcère colique par rapport à l'appendicite, on porte le plus souvent le diagnostic de péritonite appendiculaire soit péritonite généralisée, soit appendicite avec abcès. Cette erreur est fréquente au cours des observations publiées. Le siège de la douleur initiale n'est pas toujours en rapport avec le siège de la perforation, ce qui augmente la difficulté du diagnostic. (Dans l'observation 36, la douleur, le plastron siégeait à droite malgré qu'il se soit agit d'une perforation du colon pelvien).

L'arrêt des matières et des gaz avec douleurs fait souvent penser à une occlusion. L'interrogatoire devra rechercher les hémorragies (rares et peu abondantes), et surtout la crise colique, constipation, douleur fixe. Mais dans les lésions coliques il est impossible de différencier un néoplasme au début, avec tuberculose, d'un ulcère simple et en présence du syndrome de péritonite par perforation, l'interrogatoire perd de son intérêt, car l'intervention d'urgence s'impose et le diagnostic est le plus souvent un diagnostic d'intervention.

En présence d'une réaction péritonéale généralisée et après avoir trouvé l'appendice, l'estomac, la vésicule sains, le chirurgien explorera le colon, cæcum, colon ascendant, descendant et pelvien, tranverse et il aura la surprise de découvrir une perforation du colon qu'il devra traiter en se souvenant que les perforations sont quelquefois multiples mais en ce cas elles sont généralement voisines.

PRONOSTIC

Le pronostic des perforations de l'ulcère simple colique est extrêmement grave, gravité qui s'explique par la septicité du liquide épanché contenant des microbes aérobies et anaréobies et amenant souvent des péritonites extrêmement sévères. Sur 36 cas, 28 se sont terminés par la mort. Sur 28 cas terminés par la mort, 17 n'ont pas été opérés, le diagnostic n'a été fait que post-mortum, sur les huit cas terminés par la guérison, il s'agit dans un certain nombre de cas de péritonite localisée.

Dans trois observations on a fait le diagnostic, d'abcès appendiculaire (observation de Zickler, de Lyle, de Louis Bazy). Tèdenat évacue dans un premier temps un phlegmon stercoral, de même pour la 2e observation inédite du docteur Chifoliau. C'est dire la gravité des perforations avec symptômes de péritonite généralisée.

Les deux seules guérisons qu'on trouve sont celle de Soupault et la première observation inédite du Dr Chilofiau. La précocité de l'intervention est certainement un facteur important de pronostic, notre malade guéri fut opéré cinq heures après le début (cependant

le malade de Grégoire opéré 7 heures après le début succomba 15 jours plus tard (après une amélioration et dans des conditions mal définies il est vrai). Il semble bien que l'amélioration des statistiques actuelles tiennent à la précocité de l'intervention plus qu'aux perfectionnements de technique chirurgicale.

TRAITEMENT

La gravité du pronostic qui est indiscutable doit influer sur la conduite à suivre au cours de l'intervention.

Lorsqu'il s'agit de perforation en péritonie libre, il faut tenter de suturer, soit sans excision des bords si possible, sinon après excision des bords si ceux-ci sont infiltrés. C'est là la technique idéale qui a été employée avec succès par Soupault qui, après avoir aveuglé par une pince en cœur la perforation reconnue, pratique un nettoyage des matières répandues dans la fosse iliaque droite. Après lavage à l'éther et après s'être protégé par un champ il sutura la perforation par double surjet au fils de lin et draina. Il obtint ainsi la réunion per-primam. Mais il est des cas où la suture est impossible, soit qu'il y ait infiltration trop marquée, soit que l'ulcère soit trop étendu ou qu'il y ait des perforations multiples.

La technique est alors plus délicate. Soupault préconise la résection malgré sa durée plus longue et sa plus grande gravité opératoire. Mais il est à remarquer que la seule observation de guérison après résection primitive (cas de Morel et Secheyron) n'est pas dans le type habituel de péritonite par perforation, il s'agit d'une malade présentant une tumeur prise

pour un néoplasme jusqu'à examen de la pièce. Il est probable que les indications de la résection sont bien exceptionnelles étant donné l'intoxication précoce des malades, et nous croyons que l'extériorisation (que Soupault réserve au cas où il s'agit de malades en très mauvais état) trouve ici des indications assez étendues. Dans l'observation 3, M. Chifoliau à extériorisé la partie susjacente à la perforation créant ainsi une voie de dérivation des matières.

Cette règle générale qu'en chirurgie d'urgence il faut souvent savoir faire le minimum, quitte à intervenir secondairement, garde ici toute sa valeur. Le Mickulicz qui est si précieux en gynécologie pour isoler la grande cavité péritonéale d'un foyer septique pelvien sera ici susceptible de rendre de grands services séparant la zone de perforation du reste de la cavité abdominale tout en drainant et il a été employé avec succès dans les deux cas inédits que nous rapportons. Citons pour mémoire que Cordero qui fait jouer un rôle à la mobilité colique conseille de pratiquer une coloptxie. Mais cette opération ne saurait seulement se discuter sur un malade atteint de péritonite.

Dans le cas où la péritonite est cloisonnée, il faut se borner à évacuer par incision large et drainer, réservant pour plus tard la cure de la fistule stercorale si celle-ci ne se ferme pas spontanément.

Quelquefois le chirurgien est assez heureux pour pouvoir traiter directement la cause, comme on enlève l'appendice au cours de l'ouverture d'un abcès appendiculaire (cas de Lyle Bazy), c'est une question de circonstances, le principal étant de ne pas rompre les adhérences protectrices.

CONCLUSIONS

L'évolution normale de l'ulcère simple du colon se fait vers la perforation qui donne des péritonites sévères.

Cette perforation est le plus souvent le premier signe de l'ulcère.

Lorsque le chirurgien au cours d'une laparotomie pour péritonite aura éliminé l'appendice, l'estomac et la vésicule il devra penser au gros intestin et l'explorer (cæcum, colon descendant, transverse, ascendant et angles coliques). Il découvrira quelquefois une perforation d'ulcère simple.

Le pronostic est très grave et l'intervention pour donner des résultats devra être précoce.

La méthode idéale de traitement est la suture, mais le mauvais état général des malades impose le plus souvent des moyens plus simples extériorisation, dérivation avec Mickulicz quitte à réintervenir secondairement.

Pour les collections péricoliques incision large et drainage ne constituant le plus souvent que le premier temps du traitement.

Vu, LE DOYEN :
ROGER

Vu, LE PRÉSIDENT DE THÈSE :
LECÈNE

Vu et permis d'imprimer :

BIBLIOGRAPHIE

1° Pour la Bibliographie antérieure à 1920, consulter :

Quénu et Duval : L'ulcère simple du gros intestin. Revue de Chirurgie, 1902.

Souspault : Perforation de l'ulcère simple colique. Revue de Chirurgie, 1920, nos 7-8.

Souspault : Perforation d'un ulcère simple du colon. Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie, Paris, 1920.

2° :

P. Moure : Ulcère perforé du colon pelvien. Bulletin et Mémoire de la Société Anatomique, 1922, p. 84.

Renaud et d'Allaines : Ulcère simple perforé, du colon sigmoïde. Bulletin et Mémoire de la Société Anatomique, Paris 1923, p. 67.

Chalier et Mallet Guy : De l'ulcère simple du colon ascendant. Archives des maladies de l'appareil digestif, Paris 1923, p. 999.

Silas Lindqvist : Acta chirurgica Scandinavica 1922, p. 142.

Charbonnel : Ulcères simples perforés du cæcum. Gazette Hebdomadaire des sciences médicales. Bordeaux 1920, p. 482.

Petridis : Un cas de sigmoïdite perforante. Lyon Chirurgical 1925, p. 67.

Bowen : Rupture of stercoral ulc of the pelrien colon. Gaz. Hos. Rev. Londres 1921-22.

Mintz : Ulcus coli simplex. Zentralblatt fur Ch. Leipzig 1923, p. 128.

Finochietto : Sobre des Casas de perforation aiguds de S. iliaca. Seman med de Buenos-Ayres 1921.

Finochietto et Gallo : Sobre perforation de l'S iliaco Boll. y. trabeya de la Soc. Chirug. de Buenos-Ayres 1924.

Guttierez : id.

Levy : Zur Kenntis des ulcus coli simplex Deutsch Zeitschr. fur ch. Leipzig 1921, page 366.

OBSERVATIONS

Observation 1. — *(Résumé)* : Ulcère perforant de l'angle splénique, Greenhow, Société de Pathologie de Newcastle. 22-12-1848.

Ulcère perforant colique ancien : Homme 72 ans, sans antécédents digestifs, opéré pour lithiase vésicale. Trois jours après l'opération, douleur abdominale, hoquet, pouls petit, rapide, constipation, puis selles abondantes, affaiblissement progressif. Mort.

Autopsie : Péritonite généralisée, perforation à la jonction du colon transverse et descendant.

Observation 2. — Ulcère perforant du colon. Lebert, traité d'anatomie pathologique.

Homme 47 ans, sans antécédents notables. Depuis 15 jours, douleurs de ventre qui n'ont pas cessé, puis ballonnement, constipation, nausées, vomissements. Transporté à l'hôpital. Signes complets de péritonite par perforation. Mort 2 jours après.

Autopsie : Péritonite généralisée, exsudation mêlée de matières fécales dans la fosse iliaque droite. A la limite du colon transverse et descendant, perforation arrondie plus grande qu'une pièce de cinq centimes, bords taillés à pic, état rayonné de la muqueuse.

Observation 3. — Ulcère du colon descendant. A. Claus. Zurich 1896.

Homme 47 ans Fièvre typhoïde il y a 26 ans. Pneumonie il y a 15 ans. Le 17 mai au cours de la convalescence d'une nouvelle pneumonie, crise abdominale violente. Douleur aigüe, diarrhée, puis constipation. Dyspnée. Mort le 24 mai de péritonite généralisée.

Autopsie : Péritonite généralisée, sur la face postérieure du colon descendant perforation arrondie de la dimension d'une pièce de 5 centimes.

Observation 4. — Ulcère perforant de l'angle colique gauche. Dujardin, Société des Sciences Médicales de Bruxelles.

Le 12 avril, pendant une promenade, sensation douloureuse, violente dans l'hypocondre gauche, l'obligeant à s'arrêter. Depuis douleur continue et sourde. Diagnostic : Colite.

Le malade part à la campagne le 5 juin, évacuation abondantes de matières liquides. Aggravation des symptômes et mort le 24.

Autopsie : Dans la région siège de la douleur l'ulcération occupait l'angle formé par la partie transverse et descendante des colons communiquant avec une poche fermée de tissu cellulaire improvisée par la nature grâce à laquelle les matières ne s'étaient pas épanchées dans la grande cavité abdominale.

Observation 5. — Ulcère perforant du colon transverse. Dickinson 1857.

Femme 42 ans. Constipée, est prise de douleurs dans la fosse iliaque gauche et un mois après mort avec symptômes de péritonite circonscrite.

Autopsie : Péritonite circonscrite, on voit six ulcères de forme ovale rapprochés et perpendiculaires au grand axe de l'intestin. Pas d'épaississement des bords.

Observation 6. — Ulcère perforant du colon descendant. Dickinson.

Homme 42 ans, ayant depuis deux ans douleurs intermittentes dans l'hypocondre gauche, exaspération, mort avec diarrhée incœrcible.

Autopsie : Péritonite localisée à gauche. Deux petits ulcères perforés dans la partie supérieure du colon descendant.

Observation 7. — Ulcère perforant du colon ascendant. Costin The British médical journal.

Homme 45 ans, consulte pour douleurs abdominales fièvre, constipation, purgation sans résultats, mort en douze jours.

Autopsie : Péritonite généralisée, perforation sur la face postérieure du colon descendant.

Observation 8. — Ulcère aigu perforant du colon ascendant. James Olivier. The Lancet 1885.

Examen Anatomique de la pièce : Deux ulcères au niveau de a valvule iléo-cœcale, les tissus environnant paraissent sains. Les deux perforations arrondies, leurs bords ont une régularité parfaite. Les ulcères occupent exactement le milieu de la face postérieure du colon ascendant.

Observation 9. — *Résumé* : Ulcère du colon ascendant. Parker St Bartholomens Hosp. Reports 1887.

Femme 18 ans. Entrée pour perityphlite. Température qui augmente. Incision. Peu de pus. Cachexie progressive Mort six mois après.

Autopsie : Ulcère perforé sur le colon ascendant rien d'autre sur le tube digestif.

Observations 10. — Ulcération du Colon. Parker idem.

Femme 49 ans, à la suite de chute de voiture entre pour

douleurs abdominales. Vomissements verdâtres, empâtement diffus. Au niveau de l'angle colique droit. Affaiblissement graduel, mort 2 mois après.

Autopsie : Péritonite chronique généralisée au fond du caecum ulcère circulaire à bords arrondis dimension d'une pièce de trois pences. Près de lui deux ulcères plus grands.

Observation 11. — Tèdenat. In Quénu Duval, revue de chirurgie.

Homme 52 ans, après huit jours de constipation, ventre douloureux état grave; sédation, 2 mois après mêmes signes, état fébrile et tuméfaction progressive dans la fosse iliaque droite.

Intervention : Incision. Un litre de pus, perforation à la face postérieure du cæcum.

Amélioration passagère. Mort par hecticité.

Observation 12. — Tédenat in Quénu et Duval, revue de chirurgie.

Homme 68 ans. Entré à l'Hôpital le 20 janvier pour une crise abdominale, deux crises antérieures.

Il y a 10 mois crise : douleur, vomissements, constipation, sédation au 4e jour avec débacle diarrhétique.

Deuxième crise il y quinze jours, 3e crise à la suite d'un purgatif, douleurs augmentent, aggravation des signes : (vomissements, facies grippés), yeux caves, voix éteinte, pouls rapide, Hypothermie.

Le 21 janvier. *Intervention*. Incision, flot de pus, fistule stercorale consécutive.

Le 16 mars, nouvelle intervention, résection iléo-cœco-colique. Guérison complète.

Examen de la pièce : trois perforations de 1 à 2 centimètres arrondies à l'emporte-pièce. Ni cancer, ni tuberculose, appendice sain.

Observation 13. — *Résumé* : Ollier, Loire médicale, 1892.

Homme 56 ans. Violente douleur abdominale suite de péritonite. Mort au 7e jour.

Autopsie : Péritonite généralisée, sur le cæcum à 2 ou à 3 cm. de la valvule, deux perforations de 1 à 3 cm. de diamètre occupant le centre d'une plaque gangrèneuse de 1 cm. et demi de large et 5 cm. de long. Appendice sain.

Observation 14. — Southam. The bristish, médical journal.

Résumé : Homme 57 ans, signes d'obstruction intestinale depuis quelques mois. Meurt subitement peu après son entrée à l'Hôpital.

Autopsie : Ulcère sur la paroi postérieure du cæcum, une petite perforation au centre.

Observation 15. — *Résumé* : Mickle. The Bristid med Journal.

Homme 45 ans, douleur vive et brusque dans la fosse iliaque droite après un purgatif. Signes de péritonite et mort 24 heures après.

Autopsie : Péritonite généralisée. Ulcération sur la partie inférieure de l'anse sigmoïde.

Observation 16. — *Résumé* : Guinard in these de Houze. Péritonite par perforation. Thèse de Paris 1896.

Homme 27 ans, violentes douleurs, 36 heures après péritonite diffuse. Laparotomie. Appendicectomie. Mort 13 jours après.

Autopsie : Au niveau de l'angle droit du colon, foyer purulent, perforation de la largeur d'une pièce de cinq francs.

Observation 17. — Demange, « Revue médicale de l'Est », 1879.

Homme, 72 ans, vives douleurs abdominales le soir, mort le lendemain.

Autopsie : Péritonite généralisée, sur l'S iliaque face antérieure, perforation large de 5 cent. longue de 1 cent., à bords nets, le fond de l'ulcère est occupé par des masses épiploïques adhérentes aux bords.

Observation 18. — Morel et Secheyron, Société médicale de Toulouse.

Homme, 46 ans, entre à l'hôpital pour troubles digestifs, aiblesse générale.

Pas d'antécédents morbides.

Début brusque deux mois auparavant par douleur abdominale fosse iliaque droite, puis gêne douloureuse avec recrudescences.

Tuméfaction iliaque droite. Intervention pour cancer du cæcum, résection ileo-cæcale. Guérison.

Examen de la pièce : Ulcération à l'emporte-pièce face à la valvule de Bauhin. Muqueuse cæcale infiltrée, traînées rayonnantes, l'ulcération siège au centre d'une zone indurée.

Observation 19. — Hans Ziekler, Beiträge zur Klinische chirurgie, Tübing, 1910, p. 189-195.

Femme, 26 ans, sans antécédents, douleur violente dans le ventre en allant à la selle qui s'atténue puis reprend, vomissement, 36 h. après symptômes de péritonite. Diagnostic : Appendicite.

Intervention : Etat grave. Simple évacuation et drainage. Amélioration.

6 jours après, nouvelle intervention, perforation de la dimension d'une pièce de 5 francs sur la face antérieure du colon ascendant Avivement, suture. Echec.

3e intervention : Résection intestinale, anastomose termino-terminale. Guérison.

Observation 20. — Sieur, « Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie », Paris, 1920.

Homme, 30 ans, constipé, gros mangeur, accidents péritoneaux aigus, mort trois jours après.

Autopsie : perforation du cæcum, diamètre de 50 centimètres à 3 centimètres au-dessous de l'appendice. Celui-ci sain.

Observation 21. — Schœmaker in Soupault, « Revue de Chirurgie », 1920, page 519.

Résumé : Homme, douleur brusque abdominale, vomissements. Symptômes de péritonite, facies. Pouls 120, température 38°7, ballonnement, tumeur au dessus de la symphyse qui se sent par le toucher rectal.

Diagnostic : appendicite aiguë avec abcès dans le petit bassin.

Intervention : Laparotomie sous-ombilicale. Pus fétide. Appendice sain. Perforation sur le colon pelvien de 3 à 5 mil à 12 cent. du Douglas-Excision. Suture, fermeture avec drainage.

Collapsus. Mort le lendemain.

Observation 22. — Lyle, « Annales of Surgery », 1912, p. 455.

Résumé : Femme, 26 ans, entre à l'hôpital avec le diagnostic : Appendicite aiguë avec abcès.

Température normale. Pouls 92.

Opération : Incision, évacuation de pus mêlé de matières, ulcération sur le colon, perforation au centre. Suture, drainage. Guérison.

Observation 23. - Louis Bazy, « Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie », 1920.

Résumé : Homme, 65 ans, amené pour phénomènes d'occlusion intestinale progressive, violentes douleurs, mauvais état général. Température 38°, pouls 100.

Intervention : Laparotomie-péritonite sur la face antérieure du cæcum, perforation régulièrement circulaire des dimensions d'une pièce de 50 centimes, à bords nets au milieu de zone indurée. Incision à droite, extériorisation et fixation du cæcum à la paroi. Fermeture, drainage.

Mort dans la nuit.

Autopsie : Pas d'autres lésions intestinales.

Observations 24. — Louis Bazy, « Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris » 1920.

Résumé : Homme, 20 ans, entre à Beaujon pour appendicite. Opéré pour abcès appendiculaire. Incision à droite, pus épais, abondant, gaz, appendice sans lésions spéciales, sur la face antérieure du cæcum, perforation circulaire du volume de l'extrémité de l'index, suture par double surget. Appendicectomie, fermeture avec drainage. Guérison.

Observation 25. — Lardennois, « Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie », 1920.

Homme, 52 ans. Antécédents : intoxication saturnine.

Le 9 septembre, douleur brusque violente dans la fosse iliaque droite, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Amélioration. Le 12 septembre, purgation à la suite de laquelle aggravation. Entre à l'hôpital le 16. Le 17, symptômes de péritonite généralisée. Mauvais état général.

Intervention : Laparotomie, liquide louche dans tout le ventre, fausses membranes abondantes, sur le cæcum perforation circulaire de 5 centimètres de diamètre environ. Appendice sain, enlevé pour examen, pas d'autre lésion. Suture de la perforation, suture de la paroi avec drainage.

Mort la nuit suivante.

Observation 26. — Grégoire, in Soupault, « Revue de Chirurgie », 1920, page 523.

Résumé : Homme, 55 ans, constipé habituel, a remarqué à plusieurs reprises des selles sanguinolentes.

Le 1er juin 1919, au cours d'une promenade, sensation pénible dans le bas ventre, il rentre, prend un lavement, au moment ou il va à la selle, douleur violente, vomissement.

Entre à l'hôpita, 7 jours après, ventre ballonné, douloureux, arrêt des matières et des gaz. L'état général paraît bon. Diagnostic : péritonite généralisée d'origine appendiculaire.

Laparotomie iliaque droite, grande quantité de pus et matières

fécales, appendice sain. Le petit bassin rempli de matières fécales. Sur la face antérieure du colon pelvien, perforation large comme une pièce de 50 centimes à l'emporte-pièce. Suture par deux plans superposés après excision des bords.

Drainage. Amélioration, puis mort le 16 juin à la suite de crise, douleurs, vomissements,

Observation 27. — Philip, Vichy. Rapport à la Société de Chirurgie, 1920.

Femme, 23 ans, brusque douleur abdominale. Symptômes de péritonite généralisée.

Intervention : Anesthésie locale à cause du mauvais état général.

Incision bilatérale 12 c/m. abcès recto-iliaque et sur la face postérieure du cæcum, perforation. Drainage. Mort.

Observation 28. — Soupault. Revue de Chirurgie, 1920, p. 480.

Résumé : Femme, 22 ans. Entre à Tenon le 7 novembre, pour accidents abdominaux aigus. Symptômes de réaction péritonéale grave, douleurs, nausées, arrêt des matières et gaz, dyspnée. Pouls 140.

Le début remonte à 4 jours. Constipée chronique, prise de douleurs, lavement. Le lendemain matin, douleur brusque en coup de poignard dans la fosse iliaque droite qui se généralise, vomissements. Température 40°. Sédation.

Le 7 novembre à 6 h., purgation, crise douloureuse analogue à celle du 4 novembre, mais plus violente, la malade est envoyée à l'hôpital. Hyperesthésie de la paroi abdominale, défense musculaire, on porte le diagnostic d'appendicite et l'on suppose qu'au décours d'une crise aiguë il s'est produit une perforation.

Intervention : Incision de Roux, liquide intestinal, diarrhéique, on aperçoit sur la face antérieure de l'intestin qui se présente, une petite perforation par où sortent les matières, perforation de la dimension d'un pois. On aveugle avec une pince en cœur, on reconnaît le colon ascendant, bords épaissis, appendice sain,

suture en bourse et par dessus plan séroséreux. Drain dans le Douglas et la fosse iliaque.

Amélioration progressive, guérison. L'étude des antécédents nous montre qu'il s'agit d'un constipé chronique avec crises douloureuses siégeant dans la fosse iliaque droite et suivies de débâcles. Etat général satisfaisant.

Examen radioscopique : négatif.

Observation 29. — Silas Lindqvist. Acta Chirurgica Scandinavica, 1922, p. 142.

Résumé : Femme, 67 ans.

Constipation marquée depuis 4 ou 5 semaines, douleur abdominale violente dans la région ombilicale et fosse iliaque droite.

A l'examen, contracture abdominale marquée dans la région iléocæcale. Température 37°8. Pouls 110.

Intervention : Anesthésie à l'éther. Appendice normal, perforation sur le cæcum avec zone gangréneuse, excision de la zone gangréneuse, suture. Opération bien supportée.

Suites opératoires : Défaillance cardiaque. Mort.

Autopsie : Péritonite généralisée, myocardite.

Observation 30. — Silas Lindqvist. Acta Chirurgica Scandinavica, 1922, p. 142.

Malade entre pour prostatectomie. Prostatectomie le 10-11-17, 2 ou 3 jours après, signe d'obstruction intestinale, constipation et météorisme.

Le 17-11, douleur abdominale très violente avec faciès anxieux, douleur maximum à l'épigastre, contracture musculaire très marquée. Le diagnostic qui s'impose est : Péritonite par perforation d'ulcère gastrique.

Intervention : Laparotomie sans anesthésie locale.

Péritonite généralisée. Perforation du colon transverse de la grandeur de l'extrémité du petit doigt.

Sur le colon, ni tumeur, ni inflammation.

Suture en 3 plans. Mort les jours suivants.

Autopsie : Péritonite généralisée. Pas d'autre lésion intestinale.
Examen : Lésion de thrombose.

Observation 31. - P. Moure. Ulcère perforé du colon pelvien. B et Mémoires de la Société Anatomique, Paris, 1922.

Résumé : Homme, 50 ans. Entre le 7 août 1920 à St-Antoine. Le 20 juillet, douleur brusque et vive dans la fosse iliaque droite. Température 38°3. Vomissements bilieux, diarrhée pendant deux jours, puis constipation. Le 4 août, purgation et les phénomènes reparaissent (douleurs et vomissement), puis ballonnement, le malade entre le 7 août.

Examen : Mauvais état général, faciès plombé, langue sèche, pouls 112, température 37°6, ventre ballonné, dur, tendu, après évacuation de la vessie, masse dure à la partie moyenne de l'abdomen, flancs et épigastre souples.

Toucher rectal : Masse volumineuse fluctuante qui donne l'impression de kyste.

Diagnostic : Néoplasme avec réaction inflammatoire ou abcès appendiculaire.

Intervention le 9 août : Incision de la fosse iliaque droite. Dès l'ouverture du péritoine, le cæcum fait hernie, on le refoule et on tombe sur une masse autour de laquelle les anses intestinales sont agglutinées. L'index s'insinue entre elles et pénètre dans une cavité d'où sortent pus et gaz d'odeur infecte.

Drainage. Mort le 21 août 1920.

Autopsie : Cæcum et appendice normaux sur le sygmoïde ulcération sur la face antérieure, de la dimension d'une pièce de un franc sans bords indurés. Pas de ganglions.

Histologie : Infiltration inflammatoire au voisinage de l'ulcération.

Observation 32. — Renaud et G. d'Allaines. Ulcère perforé du colon sigmoïde. Bulletin et Mémoires de la Société Anatomique, Paris 1923, p. 67.

Résumé : Homme 49 ans. Douleur à la fosse iliaque gauche

débutant à 4 heures du matin, augmentant d'intensité et se généralisant à tout l'abdomen, puis vomissement bilieux, selle normale dans la matinée, à 18 heures entre à l'Hôtel-Dieu. Douleur généralisée à tout l'abdomen sans point maximum. Abdomen ballonné, contracture avec ventre de bois. Hyperthermie, disparition de la matité hépatique, matité suspulienne persistant après évacuation de la vessie.

Diagnostic : Péritonite de cause inconnue (pas de passé pathologique).

Intervention : Malgré état général grave, faciés altéré, sueurs froides, respiration accélérée. Pouls 120. Température 38°.

Anesthésie rachidienne. Incision sous ombilicale, deux litres de pus dans le ventre sans aucun cloisonnement. Appendice sain, pas de perforation gastrique, on inspecte l'intestin, le sigmoïde plus rouge, et sur son segment mobile à mi chemin entre le bord libre et mésentérique, perforation à l'emporte-pièce grande comme un franc. Intestin souple autour.

Extérioriation de l'anse perforé après incision gauche. Drain dans le Douglas. Mort le lendemain.

Observation 33. — Ulcère perforé du cæcum. Charbonnel in Gaz. Hebd. de Soc. Médicale de Bordeaux.

Homme 70 ans, entre le 13 septembre 1920. Pas d'antécédents notables. Il y a 2 ans, crise abdominale, douleurs intenses maximum à droite, vomissements. Diète et cataplasme, amélioration rapide. Depuis pas de troubles digestifs, le malade n'a cessé de travailler. 2e crise il y a 15 jours. Douleurs sus-ombilicale et à droite très violentes, vomissements, diarrhée. Tuméfaction iliaque droite apparaissant peu à peu. A son entrée, langue sèche, mauvais état général, ventre ballonné, on sent dans la fosse iliaque droite un boudin allongé, un peu mobile, peu sensible et régulier, on pense à un néoplasme cœcal, on fait ingérer du Bismuth en vu d'examen radioscopique. Quelques heures après, aggravation, pouls rapide, faciés grippé, douleurs plus vives, néanmoins il va à la selle et rend du bismuth. Mort le lendemain. A l'autopsie, péritonite généralisée, l'épiploon s'est porté au

devant de la perforation, et a donné l'impression de tumeur, au milieu du pus traces de bismuth attestant la perforation de l'intestin. Sur le cæcum perforation à l'emporte-pièce moins grande qu'une pièce de 0 50, à bords indurés. Le reste de la muqueuse sain. Appendice sain.

Observation 34. — Cordero. In clinica chirurgica, 30 octobre 1922.

Fillette 13 ans. Entre à l'hôpital pour douleur abdominale violente dans la fosse iliaque droite. Amélioration, puis nouvelle crise au 7e jour et signe de péritonite par perforation à laquelle l'enfant succombe en quelques heures.

A l'autopsie, quelques suffusions hémorragiques sur le cæcum, deux perforations sur le cæcum.

Pas de tuberculose, histologiquement ulcère simple.

Observation 35. — Inédite du Dr Chifoliau. M. G... 49 ans.

Le malade entre à la maison municipale de santé le 30 mai 1924 pour crise douloureuse abdominale. Excellente santé d'habitude, le malade qui présentait une constipation intense depuis quelques jours a été pris le matin du 30 d'une douleur abdominale extrêmement vive à l'occasion d'une selle.

Antécédents : Aucune maladie antérieure, pas d'autre trouble intestinal que la constipation qui a précédé immédiatement la crise abdominale. A l'examen du malade l'abdomen est très sensible. Les muscles abdominaux sont contracturés, la défense musculaire est surtout accusée dans la fosse iliaque gauche, on ne sent pas de tuméfaction à ce niveau, et pas de distension appréciable de l'anse sigmoïde.

Toucher rectal négatif. Etat général bon. Température 39°, pouls 110. En raison de cette douleur survenue brusquement et de la défense musculaire, on se décide d'intervenir d'urgence. Le diagnostic entre péritonite et occlusion impossible. Intervention pratiquée quelques heures après le début de la crise douloureuse par le Dr Chifoliau.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, à l'incision du péritoine écoulement de pus venant de la cavité pelvienne. Les anses grêles sont libres. En suivant le gros intestin on arrive sur le rectum. Sur la fin du colon on trouve une perforation intestinale située sur une zone indurée et épaissie. La perforation a les dimensions d'une tête d'épingle, elle est irrégulière à bords noirâtres. La paroi intestinale est épaissie sans qu'il y ait à proprement parler une tumeur rappelant le néoplasme, à l'aide d'un Mickulicz on isole et on draine la cavité pelvienne, on attire dans la plaie la portion susjacente la plus voisine de la perforation que l'on puisse amener, on passe au-dessous d'elle une baguette de verre, on referme. Le lendemain, pointe de feu sur la partie extériorisée puis aggrandissement qui fait un anus contre nature, voie de dérivation des matières.

Suites opératoires : La température baisse à 37° 5. Bon état général ; l'anus iliaque fonctionne.

Le malade sort guéri le 26 juin avec son anus iliaque. Le 24 juillet : fermeture de l'anus. Libération, pas de traces de tumeur, ni d'épaississement. A la base de la vessie zone d'adhérence sans épaississement.

Le pourtour cutanéomuqueux de l'anus est excisé, la fermeture de l'intestin est faite sur un gros drain par deux sutures : totale et séro-séreuse. La paroi abdominale est refermée en trois plans avec drainage.

Suites opératoires : Ablation du drain, fistulette qui se ferme complètement.

Le malade sort guéri.

Revu depuis en excellente santé, reprend ses occupations antérieures.

Observation 36. — Dr Chifoliau (inédite). S... Joseph, 37 ans.

Entre le 7 novembre 1924.

Malade soigné en Russie, il y a trois ans, pour crise d'appendicite, pris brusquement dans la nuit du 6 novembre d'une violente douleur siégeant uniformément dans tout le ventre avec irradiation lombaire.

Pas de vomissement. Température 38°, légère constipation.

Dans la journée du 6 novembre, la douleur reste la même, puis elle se localise davantage à droite. Pas de vomissement, la température est pendant trois jours entre 40° et 38°8.

Examiné le vendredi 7, on trouve un plastron net dans la fosse iliaque droite. La palpation abdominale est douloureuse, surtout à droite, palpation difficile en raison de l'obésité. Pouls 150.

Entre d'urgence le 7 à 10 h. du soir. A son entrée, il présente un plastron douloureux dans la fosse iliaque droite, large comme la paume de la main, douleur moindre dans la fosse iliaque gauche. Le malade est allé à la selle le matin même.

Intervention par le Dr Chifoliau. — Anesthésie : chloroforme.

Incision de Mac Burney. Le doigt ouvre profondément entre les anses grêles un abcès de pus fétide, limité par des anses intestinales et épiploon. Le cæcum est adhérent dans la fosse iliaque droite, impossible à extérioriser, on ne voit pas l'appendice.

Avec les écarteurs on découvre le foyer purulent limité en dedans par le colon descendant qui présente une plaque de sphacèle perforée de 5 à 6 c/m près de son bord mésentérique.

Il paraît impossible de faire autre chose qu'un Mickuhig.

Au bout de 48 heures, matières dans le pansement, écoulement abondant qui diminue peu à peu, puis l'état général s'améliore.

Le malade sort avec une fistule.

Revu à Saint-Louis avec une fistulette en juillet 1924.

Examen radioscopique : 17 octobre 1925

Le lavement baryté, montre un bon remplissage de tout le gros intestin qui se fait sans à-coup.

On ne distingue pas de communication avec la fistule. Pas d'évacuation de gelobarine par la fistule.

L'injection de lypiodol par le trajet fistuleux ne montre aucune communication avec le colon.

On constate de plus que le colon gauche s'est rapproché de la fosse iliaque droite.